

様式第1号（第4条関係）

南三陸町高齢者福祉タクシー利用助成券支給申請書

年 月 日

南三陸町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ ④

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

高齢者福祉タクシー利用助成券の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

対象者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
	住所	南三陸町		
	通院している医療機関	医療機関名	所在地	通院頻度
				回/月
対象者区分	該当する事項に○印を付けてください (1) 要介護認定を受けている者 (要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5) (2) その他町長が特に必要と認めるもの			
同意欄	利用助成券の受給要件確認のため、私の介護保険情報、生活保護情報及び住民基本台帳情報について、調査されることに同意します。 <p style="text-align: right;">対象者 _____ ④</p>			

(添付書類) 介護保険被保険者証又は要介護度を確認できるものの写し

※町記入欄（以下は記入しないでください。）

対象要件		決定内容	收受年月日
<input type="checkbox"/> 要介護認定	有・無	<input type="checkbox"/> 決定 (支給開始： 年 月)	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	有・無		
<input type="checkbox"/> 介護施設等への入所	有・無	<input type="checkbox"/> 却下 (理由：)	
<input type="checkbox"/> 他の助成事業の対象	有・無		